

Nome e Cognome del soggetto minorenne:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: ""

Ho riferito al Medico, riguardo mio figlio/il minore tutelato, le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino	RIFIUTO la somministrazione del vaccino
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma di entrambi i genitori o Rappresentante legale	Firma di entrambi i genitori o Rappresentante legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo	2. Nome cognome e ruolo
Confermo che i genitori/ il rappresentante legale abbiano/ abbia espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati	Confermo che i genitori/ il rappresentante legale abbiano/ abbia espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati
Firme del professionista sanitario:	Firma del professionista sanitario

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data e ora	Firma sanitario
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					

